



AVIS ET JUSTIFICATIF DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Lisez attentivement les instructions de la page 2 pour éviter un retard dans le traitement. Vous devez répondre à toutes les questions de la partie A et aux questions 1 à 3 de la partie B. Les prestataires de soins de santé doivent remplir la partie B à la page 2.

PARTIE A - RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR (Veuillez écrire en majuscules ou à la machine)

- 1. Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiales deuxième prénom : _____
2. Adresse postale (N° rue et apt) : _____
Ville : _____ État : _____ CP : _____
3. N° tél en journée : _____ Adresse électronique : _____
4. N° sécurité sociale : _____ - _____ - _____ 5. Date de naissance : ____/____/____ 6. Genre : M F X
7. Décrivez votre invalidité (si blessure, indiquez également comment, quand et où elle s'est produite) : _____
8. Date à laquelle vous êtes devenu(e) invalide : ____/____/____ Avez-vous travaillé ce jour-là ? : Oui Non
Vous êtes-vous rétabli(e) de cette invalidité ? : Oui Non Si oui, date à laquelle vous avez pu reprendre le travail : ____/____/____
Avez-vous depuis travaillé pour un salaire ou un bénéfice ? : Oui Non Si Oui, indiquez les dates : _____
9. Nom du dernier employeur avant l'invalidité. Si vous avez eu plus d'un employeur au cours des huit (8) semaines précédentes, nommez tous les employeurs. Le salaire hebdomadaire moyen est basé sur tous les salaires gagnés au cours des huit (8) dernières semaines de travail.

Table with 6 columns: DERNIER EMPLOYEUR AVANT L'INVALIDITÉ, PÉRIODE DE TRAVAIL, and Salaire hebdomadaire moyen. It contains two main sections for listing employers and their work periods.

- 10. Mon travail est ou était : _____ Profession
11. Membre du syndicat : Oui Non Si « Oui » : _____ Nom du syndicat ou numéro de la section locale

- 12. Avez-vous demandé ou reçu des prestations de chômage avant cette invalidité ? Oui Non
Si vous n'avez pas fait de demande ou si vous avez fait la demande, mais que vous n'avez pas reçu de prestations d'assurance chômage après DERNIER JOUR DE TRAVAIL, expliquez-en les raisons en détail : _____

Si vous avez reçu des prestations de chômage, indiquez toutes les périodes perçues : _____

- 13. Pour la période d'invalidité couverte par la présente demande :
A. Recevez-vous un salaire, un traitement ou B. Recevez-vous un salaire, un traitement ou une indemnité de départ ? Oui Non
B. Recevez-vous ou Faites-vous la demande :
1. De prestations de chômage ? Oui Non 2. D'un congé parental rémunéré ? Oui Non
3. D'indemnisation d'accidents pour une invalidité liée au travail ? Oui Non
4. Non- Un accident de voiture hors-faute ? Yes Non ou dommages corporels impliquant un tiers ? Oui Non
5. Les prestations d'invalidité à long terme prévues par la loi fédérale sur la sécurité sociale pour cette invalidité ? Oui Non

SI LA CASE « OUI » EST COCHÉE DANS L'UNE DES RUBRIQUES DU POINT 13, REMPLISSEZ CE QUI SUIT :

J'ai : reçu réclamé de : _____ pour la période allant du : ____/____/____ au : ____/____/____

- 14. Au cours de l'année (52 semaines) précédant le début de votre invalidité, avez-vous reçu des prestations liées à un handicap pour d'autres périodes d'invalidité ? Oui Non
Si oui, Payées par : _____ du : ____/____/____ au : ____/____/____
15. Au cours de l'année (52 semaines) précédant le début de votre invalidité, avez-vous reçu un congé parental rémunéré ? Oui Non
Si oui, Payées par : _____ du : ____/____/____ au : ____/____/____
16. Si vous êtes devenu invalide pendant votre emploi, ou dans les quatre semaines suivant votre dernier jour de travail, votre employeur vous a-t-il informé de vos droits en vertu de la loi sur l'invalidité, dans les cinq jours suivant votre notification, ou votre demande de formulaires d'invalidité ? Oui Non

Par la présente, je demande des prestations d'invalidité et je certifie que j'étais invalide pendant la période couverte par la présente demande. J'ai lu les instructions de la page 2 du présent formulaire et je déclare que les déclarations qui précèdent, y compris les déclarations annexes, sont, à ma connaissance, véridiques et complètes.

Signature du demandeur

Date

Une personne ne peut signer au nom du demandeur, que si elle est légalement autorisée à le faire et que le demandeur est mineur, souffrant d'incapacité mentale ou invalide. Si la signature n'est pas celle du demandeur, imprimez les informations ci-dessous, remplissez et soumettez le formulaire OC-110A, Autorisation du demandeur à divulguer les dossiers d'indemnisation d'accidents.

Au nom du demandeur

Adresse

Relation avec le demandeur

PARTIE B - DÉCLARATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ (Veuillez écrire en majuscules ou à la machine)

LA DÉCLARATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ DOIT ÊTRE REMPLIE COMPLÈTEMENT. LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ TRAITANT DOIT REMPLIR LA DÉCLARATION ET LA RENVoyer AU DEMANDEUR, DANS LES SEPT (7) JOURS SUIVANT LA RÉCEPTION DE CE FORMULAIRE. Pour la rubrique 7-d, vous devez indiquer une date estimée. Si l'invalidité est due ou liée une grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement à la rubrique 7-e. **DES RÉPONSES INCOMPLÈTES PEUVENT RETARDER LE PAIEMENT DES PRESTATIONS.**

1. Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiales deuxième prénom : ____
2. Genre : M F X 3. Date de naissance : ____/____/____
4. Diagnostic/Analyse : _____ Code de diagnostic : _____
- a. Les symptômes du demandeur : _____
- b. Résultats objectifs : _____
5. Le demandeur est-il hospitalisé ? : Oui Non du : ____/____/____ au : ____/____/____
6. L'opération est-elle indiquée ? : Oui Non a. Type _____ b. Date ____/____/____

7. INSCRIVEZ LES DATES POUR LES SUIVANTES	MOIS	JOUR	ANNÉE
a. Date de votre premier traitement pour ce handicap			
b. Date de votre dernier traitement pour ce handicap			
c. Date à laquelle le demandeur a été incapable de travailler en raison de cette invalidité			
d. Date à laquelle le demandeur sera à nouveau capable d'effectuer un travail (Même si des doutes considérables existent, estimez la date. Évitez d'utiliser des termes tels que « inconnu » ou « indéterminé »)			
e. Si cela est lié à une grossesse, veuillez cocher la case et indiquer la date <input type="checkbox"/> estimée de l'accouchement, OU <input type="checkbox"/> la date réelle de l'accouchement			

8. À votre avis, cette invalidité est-elle le résultat d'un accident survenu par le fait et au cours de l'emploi, ou d'une maladie professionnelle ? : Oui Non Si « Oui », le formulaire C-4 a-t-il été déposé auprès de la Commission ? Oui Non

Je certifie que je suis un(e) :

(Médecin, chiropracteur, dentiste, podologue, psychologue, infirmière sage-femme) _____ Licencié(e) ou certifié(e) dans l'État de _____ Numéro de licence _____

Nom en caractères d'imprimerie du prestataire de soins de santé _____ Signature du prestataire de soins de santé _____ Date _____

Adresse du prestataire de soins de santé _____

N° de téléphone _____

AVIS IMPORTANT À L'ATTENTION DU DEMANDEUR - VEUILLEZ LIRE CES INSTRUCTIONS ATTENTIVEMENT

VEUILLEZ NOTER : Ne datez pas et ne déposez pas ce formulaire avant votre première date d'invalidité. Pour que votre demande soit traitée, les parties A et B doivent être remplies.

1. Si vous utilisez ce formulaire parce que vous êtes devenu(e) invalide, **alors que vous étiez employé(e)**, ou vous êtes devenu(e) invalide **dans les quatre (4) semaines, suivant la fin de votre emploi**, votre demande dûment remplie doit être envoyée par la poste, **dans les trente (30) jours suivant la première date d'invalidité à votre employeur ou à la compagnie d'assurance de votre dernier employeur.** Vous pouvez trouver la compagnie d'assurance invalidité de votre employeur sur le site Web de la Commission des accidents du travail, www.wcb.ny.gov, en utilisant la fonction Couverture par l'employeur.

2. Si vous utilisez ce formulaire parce que vous êtes devenu **invalide après avoir été au chômage pendant plus de quatre (4) semaines**, votre demande dûment remplie DOIT être envoyée par la poste à l'adresse suivante : **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029.** Si vous avez répondu « Oui » à la question 13.B.3, veuillez remplir et joindre le formulaire DB-450.1.

Si vous ne recevez pas de réponse dans les 45 jours, ou si vous avez des questions concernant votre demande de prestations d'invalidité, veuillez appeler la compagnie d'assurance de votre employeur. Pour obtenir des renseignements généraux sur les prestations d'invalidité, veuillez consulter le site www.wcb.ny.gov, ou appeler le Bureau des prestations d'invalidité de la Commission au (877) 632-4996.

Notification conformément à la loi de New York sur la protection de la vie privée (Public Officers Law Article 6-A) et à la loi fédérale sur la protection de la vie privée de 1974 (5 U.S.C. § 552a). Le pouvoir de la Commission des accidents du travail (Commission) de demander aux demandeurs de fournir des informations personnelles, y compris leur numéro de sécurité sociale, découle du pouvoir d'enquête de la Commission en vertu de l'article 20 de la loi d'indemnisation des accidents du travail (WCL) et de son pouvoir administratif en vertu de l'article 142 de la WCL. Ces renseignements sont recueillis pour aider la Commission à enquêter et à administrer les demandes, de la manière la plus rapide possible et pour l'aider à tenir des dossiers de demande exacts. La communication de votre numéro de sécurité sociale à la Commission est volontaire. Le fait de ne pas indiquer votre numéro de sécurité sociale sur ce formulaire n'entraîne aucune pénalité ; cela n'entraînera pas le refus de votre demande ou la réduction de vos prestations. La Commission protégera la confidentialité de toutes les informations personnelles en sa possession, ne les divulguant que dans le cadre de ses fonctions officielles et conformément aux lois fédérales et d'État applicables.

AVIS HIPAA - Afin de statuer sur une demande d'indemnisation d'accident ou une demande de prestations d'invalidité, la WCL 13-a(4)(a) et 12 NYCRR 325-1.3 exigent que les prestataires de soins de santé déposent régulièrement des rapports médicaux de traitement, auprès de la Commission et de la compagnie d'assurance ou de l'employeur. Conformément à l'article 45 CFR 164.512, ces rapports médicaux légalement requis sont exemptés des restrictions de l'HIPAA en matière de divulgation d'informations sur la santé.

Divulgué d'informations : La Commission ne divulguera aucune information sur votre cas, à une partie non autorisée, sans votre consentement. Si vous choisissez de faire divulguer ces renseignements à une partie non autorisée, vous devez déposer auprès de la Commission l'original signé du formulaire OC-110A « Autorisation des demandeurs à divulguer les dossiers d'indemnisation des accidents ». Ce formulaire est disponible sur le site Internet de la WCB (www.wcb.ny.gov) et peut être consulté en cliquant sur le lien « Formulaires ». Si vous n'avez pas accès à internet, veuillez appeler le (877) 632-4996, ou vous rendre au centre de service à la clientèle le plus proche pour obtenir une copie du formulaire. Au lieu du formulaire OC-110A, vous pouvez également soumettre une lettre d'autorisation originale, signée et notariée.

Un employeur ou un assureur, ou tout employé, agent ou personne agissant pour le compte d'un employeur ou d'un assureur, qui FAIT SCIEMMENT UNE FAUSSE DÉCLARATION OU UNE FAUSSE REPRÉSENTATION d'un fait important au cours d'une déclaration, d'une enquête ou du règlement d'une demande de prestation ou de paiement en vertu du présent chapitre, dans le but d'éviter le versement de cette prestation ou de ce paiement, EST COUPABLE D'UN DÉLIT ET EST PASSIBLE D'AMENDES ET D'EMPRISONNEMENT SUBSTANTIELS.